

MES DEL REPORTE: <1>

## REPORTE DE SITUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

DISTRICT ADDRESS &lt;2&gt;

FECHA: &lt;4&gt;

NOMBRE DEL CASO: &lt;5&gt;

NÚMERO DEL CASO: &lt;6&gt;

NÚMERO DE ARCHIVO/UNIDAD: &lt;7&gt;

NOMBRE DEL TRABAJADOR: &lt;8&gt;

TELÉFONO DEL TRABAJADOR: &lt;9&gt;

Número de ciclo del SAR: &lt;10&gt;

ID del cliente: &lt;11&gt;

¿NECESITA AYUDA? LLAME A SU TRABAJADOR

(Bar Code) &lt;3&gt;

MAIL BACK TO ADDRESS: &lt;12&gt;

ADDRESSEE: &lt;13&gt;

PARA QUE SUS BENEFICIOS LLEGUEN A TIEMPO, POR FAVOR FIRME EL FORMULARIO DESPUÉS DEL 1° DE <14> Y DEVUÉLVALO EL DÍA 5 DE <15>.Para CalWORKs, el tamaño de su familia es <16>. Su IRT es \$ <17>. Para CalFresh, el tamaño de su familia es <18>. Su IRT es \$ <19>.Marque la casilla si usted desea INTERRUMPIR de recibir alguno de los siguientes:  INTERRUMPIR mi CalWORKS  INTERRUMPIR mi CalFresh  INTERRUMPIR mi Medi-Cal

1. ¿Alguien se mudó a su hogar o se fue (incluyendo recién nacidos) o se mudó usted con alguien más desde la última vez que reportó?

 Sí  No (Si es Sí, complete la sección de abajo)

Fecha en que se mudó (mes/día/año)	Nombre(Primero, Segundo, Apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted	¿Compra y prepara los alimentos juntos regularmente?
<input type="checkbox"/> Llegó <input type="checkbox"/> Se fue / /		/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Llegó <input type="checkbox"/> Se fue / /		/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Llegó <input type="checkbox"/> Se fue / /		/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. ¿Ha habido algún cambio en su dirección desde la última vez que reportó?  Sí  No (Si es Sí, complete la sección de abajo)

Nueva dirección: \_\_\_\_\_ Fecha en que se mudó: \_\_\_\_\_

Número, calle, ciudad, código postal

Dirección postal (si es diferente a la de arriba) \_\_\_\_\_

3. Si usted se ha mudado o tiene nuevos/diferentes costos de vivienda desde la última vez que reportó, por favor, llene la sección de abajo:

Su pago de alquiler o hipoteca por mes ahora:	Si pagó por separado: sus impuestos a la propiedad y seguro de casa por mes ahora:
\$ _____	\$ _____

¿Tiene usted los costos de servicios públicos que no están incluidos en su pago de alquiler o hipoteca? Si es así, verifique cuáles:

 Teléfono  Basura  Agua  Electricidad/Gas  Otros gastos por calefacción o aire acondicionado

4. ¿Es/está alguien de su hogar:

A. Un delincuente cuya condena estaba relacionada con las drogas?

B. Huyendo de la ley?

C. En violación del periodo de prueba o libertad condicional?

 Sí  No (Si es Sí, complete la sección de abajo)

Nombre de la persona	A,B o C de arriba	¿Dónde ocurrió el arresto o la condena?	Fecha del arresto o condena

5. Costos médicos: ¿Alguien con 60 años de edad o más, o discapacitado, que recibe CalFresh tiene un cambio en los gastos médicos?

 SÍ  NO (Si es Sí, complete la sección de abajo)

¿Quién tuvo el cambio?	Cantidad: \$ _____
------------------------	--------------------

6. Manutención de Hijos: ¿Alguien que recibe CalFresh tuvo un cambio en la cantidad de manutención de hijos que tiene que pagar desde la última vez que reportó?  SÍ  NO Si es Sí, ¿cuál fue la cantidad pagada en el Mes del Reporte? \$ \_\_\_\_\_

¿Quién pagó la manutención? \_\_\_\_\_ Si es sí adjunte las pruebas.

7. Cuidado Infantil o de Personas a su cargo: ¿Alguien que recibe CalFresh y trabaja, está buscando trabajo, o va a la escuela, tiene un cambio en los costos de cuidado infantil o de personas a su cargo, desde la última vez que lo reportó?

 SÍ  NO Si es Sí, ¿Cuál fue la cantidad pagada en el Reporte del Mes? \$ \_\_\_\_\_

¿Quién pagó? \_\_\_\_\_ Lista de/los niño(s): \_\_\_\_\_

INCOME	INCOME	INCOME
INCOME	INCOME	INCOME
INCOME	INCOME	INCOME

WELFARE FRAUD HOTLINE  
(800)349-9970

8. ¿Alguien: Recibió, compró, vendió, comerció o regaló algún bien, terreno para vivienda, vehículos, cuentas de bancos, dinero, pagos (tales como ganancia de lotería/casino, antes de la seguridad social), u otros artículos de propiedad, desde la última vez que reportó?

SÍ  NO (Si es SÍ, complete la sección de abajo. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado)

¿Quién?	Tipo de bienes	¿Cuándo?	Cantidad:	<input type="checkbox"/> Compró <input type="checkbox"/> Vendió <input type="checkbox"/> Regaló <input type="checkbox"/> Gastó
				<input type="checkbox"/> Recibió como regalo <input type="checkbox"/> Comerció <input type="checkbox"/> Ganó <input type="checkbox"/> Otro

9. ¿Alguien recibió ingresos de empleo en el Mes del Reporte?  SÍ  NO (Si es SÍ, complete la sección de abajo y adjunte pruebas). El Mes de Reporte está anotado arriba en la primera página. Anote cada trabajo para cada persona que trabaja. Si necesita más espacio adjunte una hoja por separado. Ejemplos incluyen cuidado de niños, salario, trabajo por cuenta propia, pago por enfermedad, propinas, etc.

	Trabajo #1	Trabajo #2	Trabajo #3
Nombre de la persona que recibió ingresos:			
Fuente de ingresos:	Autónomo, marque aquí <input type="checkbox"/>	Autónomo, marque aquí <input type="checkbox"/>	Autónomo, marque aquí <input type="checkbox"/>
Frecuencia de pago:	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes
Cantidad bruta que recibieron, anote aquí:	\$            \$            \$ \$            \$            \$	\$            \$            \$ \$            \$            \$	\$            \$            \$ \$            \$            \$
Horas trabajadas por mes:			
¿Continuarán estos ingresos ?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Habrà algún cambio en su trabajo o ingresos en los próximos seis meses? Ejemplos: Paró, comenzó, aumentó o disminuyó los ingresos, cambio en las horas, dejar un trabajo o ir a la huelga, cambio en la frecuencia en que se le paga.  SÍ  NO Si es sí, explique aquí: \_\_\_\_\_

10. ¿Alguien recibió dinero de alguna fuente en el Mes de Reporte?  SÍ  NO (Si es SÍ, complete la sección de abajo y adjunte pruebas). El Mes del Reporte está anotado arriba en la primera página. Ejemplos incluyen: Seguridad Social, Compensación por Desempleo, Beneficios para Veteranos, Seguro por Incapacidad del Estado (SDI), manutención de hijos/cónyuge, Compensación al Trabajador, préstamos/regalos, ingresos ganados/no ganados, vivienda, Servicios municipales, alimentos, etc.

Nombre	Fuente de Ingresos	Un pago único o mensual	¿Cuánto?
			\$
			\$
			\$

¿Habrà algún cambio en estos ingresos en los próximos seis meses?  SÍ  No  
Explique aquí: \_\_\_\_\_

11. ¿Ha ocurrido a alguien de su hogar cualquiera de los siguientes desde la última vez que reportó?:  SÍ  No (Si es sí, marque abajo y adjunte pruebas):

- Cambio en la familia (Se casó, divorció, separó, ingresó al Proyecto de Demostración de Entrenamiento para Refugiados de California (RDP), tiene una unión de hecho que no es en California (DP), concluyó una DP o RDP, se embarazó, o ya no está embarazada?)
- Trabajo/Empleo (Empezó, paró, dejó un trabajo, empezó un negocio o está de huelga?)
- Discapacidad (Se incapacitó o se recuperó de una discapacidad o enfermedad mayor?)
- Inmigración (Ciudadanía o cambio en la situación migratoria, o recibió una tarjeta nueva, formulario o carta del USCIS (INS)?)
- Seguro (Empezó, interrumpió, o cambió los beneficios de seguro de salud, dental, o de vida, incluyendo MEDICARE?)
- Custodia (Algún cambio en la cantidad de tiempo en que usted cuida/tiene la custodia de sus hijos?)
- Servicios de Casa y Cuidado Personal-IHSS (Empezó o interrumpió en recibir los servicios?)
- Asistencia a la escuela
- \* Para Asistencia Monetaria solamente-estudiante de 6-18 años de edad dejó o empezó a asistir a la escuela regularmente:
- \* Para los estudiantes de 16 años de edad o más – empezó o dejó la escuela/universidad? (Usted puede reclamar costos por libros, transporte a la escuela, etc.)
- Alguien pagó todos mis costos de vivienda, comida ropa o servicios municipales. (Por favor, explique) \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

**Por favor, lea cuidadosamente, firme y feche.**

**Al firmar este formulario:**

- Entiendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas en este reporte son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Entiendo que las multas por fraude son como sigue: Puedo ser enviado a prisión hasta 20 años y sea multado por hasta \$250,000, pueda que tenga que devolver los beneficios si yo no era elegible para ellos, la primera vez que viole las reglas a propósito, no podré recibir CalFresh por un año, la segunda vez dos años, y después la tercera vez, no podré recibir CalFresh nuevamente.
- Entiendo y estoy de acuerdo en dar copias de todos los documentos necesarios para completar mi reporte semestral.
- Entiendo que en algunos casos, pueden pedirme dar el consentimiento al Condado para hacer todos los contactos necesarios para determinar la elegibilidad.

**CERTIFICACIÓN – ADVERTENCIA DE FRAUDE**

**ENTIENDO QUE:** Si conscientemente no reporto todos los datos o proporciono información incorrecta sobre mis ingresos, bienes o estatus de familia para recibir o seguir obteniendo ayuda o beneficios, podría ser enjuiciado legalmente. También podría ser acusado(a) de cometer un delito grave si se me pagan innecesariamente más de \$950 en Asistencia Monetaria o CalFresh como resultado de tal acción. He recibido una copia de las instrucciones y las multas para el Reporte de Elegibilidad/Estatus para Asistencia Monetaria y CalFresh.

**USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES DEL REPORTE O SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO.**

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de Norteamérica y el Estado de California, que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y completa.

**QUIÉN DEBE FIRMAR** Para Asistencia Monetaria: Usted y su cónyuge ayudado(a), pareja de hecho, y el padre/madre (de los niños beneficiados) que vivan en el hogar.  
Para CalFresh: El jefe de familia, un miembro responsable del hogar, o la persona que represente al beneficiario(a).

<b>FIRMA O MARCA</b> ➔	<b>FECHA QUE FIRMÓ</b>	<b>TELÉFONO DE CASA</b> ( ) -	<b>TELÉFONO DE CONTACTO/CELULAR</b> ( ) -
<b>FIRMA DEL CÓNYUGE, PAREJA DE HECHO REGISTRADA, U OTRO PADRE/MADRE DEL (LOS) MENOR(ES) BENEFICIARIO(S)</b> ➔	<b>FECHA EN QUE FIRMÓ</b>	<b>FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, INTÉRPRETE U OTRA PERSONA QUE COMPLETÓ EL FORMULARIO</b> ➔	<b>FECHA EN QUE FIRMÓ</b>